

# CARNET DE VACCINATION



Québec 

# La vaccination, la meilleure protection

## **Le présent carnet de vaccination est précieux.**

C'est le seul document où sont consignés tous les vaccins reçus.  
Il est important de le conserver durant toute votre vie et de le tenir à jour.  
Apportez-le à chaque visite médicale.

**Il est important de respecter le calendrier de vaccination afin  
d'obtenir une meilleure protection. Prenez rendez-vous aux  
âges recommandés afin d'éviter les retards.**

# IDENTIFICATION

**Nom :**

---

**Prénom :**

---

Date de naissance : ANNÉE / MOIS / JOUR

Sexe :  Masculin

Féminin

---

Numéro d'assurance maladie :

---

Nom de la mère :

Prénom de la mère :

---

Nom du père :

Prénom du père :

---

Numéro de téléphone actuel : (ÉCRIRE AU PLOMB POUR CORRIGER AU BESOIN)  
(en cas de perte du carnet)

---

# Table des matières

Naissance . . . . .	3	Virus du papillome humain (VPH) . . . . .	15
Croissance . . . . .	4	Grippe . . . . .	16
Renseignements médicaux relatifs à la vaccination . . . . .	6	COVID-19 . . . . .	18
Diphtérie (D ou d) – Coqueluche (Ca ou ca) – Tétanos (T) – Hépatite B (HB) – Poliomyélite (VPI) – Infections à <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b (Hib) . . . . .	8	Zona . . . . .	20
Gastroentérites à rotavirus . . . . .	10	Test cutané à la tuberculine (TCT) . . . . .	21
Infections à pneumocoque . . . . .	11	Tuberculose . . . . .	23
Rougeole (R) – Rubéole (R) – Oreillons (O) – Varicelle (Var) . . . . .	12	Rage . . . . .	23
Infections à méningocoque . . . . .	13	Autres vaccins . . . . .	25
Hépatite A et hépatite B (vaccin combiné) . . . . .	14	Immunoglobulines . . . . .	29
Hépatite A . . . . .	14	Typhoïde . . . . .	30
Hépatite B . . . . .	15	Encéphalite japonaise . . . . .	31
		Fièvre jaune . . . . .	32

# NAISSANCE

Lieu de naissance (localité)

Heure :

Nom de l'établissement :

Nombre de semaines de gestation :

Type d'accouchement :  par voie vaginale  par césarienne

Poids à la naissance : /g

Groupe sanguin :

Apgar :

Périmètre crânien : /cm

Facteur Rh :

Taille : /cm























# Hépatite A et hépatite B (vaccin combiné)

<b>Date</b> <i>(an/mois/jour)</i>	<b>Nom du vaccin</b> <i>(en lettres moulées)</i>	<b>Dose/voie adm.</b>	<b>Signature</b>

# Hépatite A

<b>Date</b> <i>(an/mois/jour)</i>	<b>Nom du vaccin</b> <i>(en lettres moulées)</i>	<b>Dose/voie adm.</b>	<b>Signature</b>



# Hépatite B

<b>Date</b> <small>(an/mois/jour)</small>	<b>Nom du vaccin</b> <small>(en lettres moulées)</small>	<b>Dose/voie adm.</b>	<b>Signature</b>

# Virus du papillome humain (VPH)

<b>Date</b> <small>(an/mois/jour)</small>	<b>Nom du vaccin</b> <small>(en lettres moulées)</small>	<b>Dose/voie adm.</b>	<b>Signature</b>











# Test cutané à la tuberculine (TCT)

**Date**  
(an/mois/jour)

**Dose/voie adm.**

**Signature**

---

---

**Date de la lecture**

**Réaction** (en mm)

**Signature**

---

---

**Date**  
(an/mois/jour)

**Dose/voie adm.**

**Signature**

---

---

**Date de la lecture**

**Réaction** (en mm)

**Signature**

---

---

# Test cutané à la tuberculine (TCT)

**Date**  
(an/mois/jour)

**Dose/voie adm.**

**Signature**

---

---

**Date de la lecture**

**Réaction** (en mm)

**Signature**

---

---

**Date**  
(an/mois/jour)

**Dose/voie adm.**

**Signature**

---

---

**Date de la lecture**

**Réaction** (en mm)

**Signature**

---

---



# Tuberculose

<b>Date</b> <small>(an/mois/jour)</small>	<b>Nom du vaccin</b> <small>(en lettres moulées)</small>	<b>Dose/voie adm.</b>	<b>Signature</b>

# Rage

<b>Date</b> <small>(an/mois/jour)</small>	<b>Nom du vaccin</b> <small>(en lettres moulées)</small>	<b>Dose/voie adm.</b>	<b>Signature</b>



# Autres vaccins

<b>Date</b> <small>(an/mois/jour)</small>	<b>Nom du vaccin</b> <small>(en lettres moulées)</small>	<b>Dose/voie adm.</b>	<b>Signature</b>

Vaccin contre : \_\_\_\_\_

Vaccin contre : \_\_\_\_\_

Vaccin contre : \_\_\_\_\_

# Autres vaccins

<b>Date</b> <small>(an/mois/jour)</small>	<b>Nom du vaccin</b> <small>(en lettres moulées)</small>	<b>Dose/voie adm.</b>	<b>Signature</b>
	Vaccin contre :		
	Vaccin contre :		
	Vaccin contre :		

---

---

Vaccin contre :

---

---

---

Vaccin contre :

---

---

---

Vaccin contre :

---

---

---

Vaccin contre :

---

# Autres vaccins

**Date***(an/mois/jour)***Nom du vaccin***(en lettres moulées)***Dose/voie adm.****Signature**

Vaccin contre : \_\_\_\_\_

Vaccin contre : \_\_\_\_\_

Vaccin contre : \_\_\_\_\_

# Immunoglobulines

<b>Date</b> <small>(an/mois/jour)</small>	<b>Nom du produit</b> <small>(en lettres moulées)</small>	<b>Dose/voie adm.</b>	<b>Signature</b>
	Immunoglobulines contre :		
	Immunoglobulines contre :		
	Immunoglobulines contre :		







Certificat international  
de vaccination ou de prophylaxie  
à brocher dans cette zone.



